

Primjer obavijesti roditelju/staratelju o programu Medicaid/SCHIP

Dragi roditelju/staratelju,

Djeca koja imaju zdravstveno osiguranje mnogo češće primaju preventivnu medicinsku njegu kao i liječničku brigu, kada obole. Posljedica toga je da ta djeca rijeđe odsustvuju iz škole zbog bolesti. Ta su djeca također spremnija da uče. Ako vaša djeca nemaju zdravstveno osiguranje, vjerojatno će vas zanimati da mnoge obitelji čija djeca u školi primaju besplatne ili obroke po sniženoj cijeni mogu također za svoju djecu dobiti i besplatno ili jeftino zdravstveno osiguranje. Međutim, mnoge obitelji ne znaju za programe zdravstvenog osiguranja koji im stoe na raspolaganju.

Zakon nam sada dopušta da podatke koji se odnose na kriterije za dobivanje besplatnih ili obroka po sniženoj cijeni pošaljemo i ustanovama koje vode program Medicaid, kao i programe za dječju zdravstvenu zaštitu na razini saveznih država. Program Medicaid, kao i programi za dječju zdravstvenu zaštitu na razini saveznih država mogu koristiti ove informacije samo u cilju identifikacije djece koja ispunjavaju kriterije za dobivanje besplatne zdravstvene zaštite ili zdravstvene zaštite po sniženoj cijeni. Oni tu djecu potom upisuju u programe Medicaid ili slične programe na razini savezne države. Njima nije dopušteno da podatke s Obrasca za obrok koriste u bilo koje druge svrhe. Dužnosnici programa Medicaid ili drugog sličnog programa na razini savezne države će vas možda kontaktirati kako bi prikupili dodatne informacije.

Vi niste obavezni dopustiti nam da podatke s Obrasca za obrok proslijedimo dužnosnicima programa Medicaid ili drugog sličnog programa na razini savezne države. To neće utjecati na odluku trebaju li vaša djeca primiti besplatne ili obroke po sniženoj cijeni. Ako ne želite da se vaši podaci proslijede dužnosnicima programa Medicaid ili drugog sličnog programa na razini savezne države morate nas o tome obavijestiti. Možete ispuniti obrazac na dnu stranice, te ga poslati u školu koju pohađaju vaša djeca do _____ ako ne želite da se vaši podaci proslijede dužnosnicima programa Medicaid ili drugog sličnog programa na razini savezne države. Ako želite dodatne informacije, nazovite na telefon _____.

Ja ne želim da školski dužnosnici proslijede podatke s Obrasca za obrok dužnosnicima programa Medicaid ili dužnosnicima drugog sličnog programa na razini savezne države.

Ime djeteta _____ Škola _____
Ime djeteta _____ Škola _____
Ime djeteta _____ Škola _____

Potpis roditelja/staratelja _____ Datum _____

Ime (velika tiskana slova) _____
Adresa _____

